UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉTRO-DÉVIATIONS DOULOUREUSES

DE L'UTÉRUS

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Février 1920

PAR

Léon LOUVRIER

Né à Aymeries (Nord), le 10 novembre 1893

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { TÉDENAT, professeur, *Président*. / DE ROUVILLE, prof.-adj. / RICHE, agrégé. / DELMAS, agrégé. } *Assesseurs*.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉTRO-DÉVIATIONS DOULOUREUSES

DE L'UTÉRUS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547009_0089

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉTRO-DÉVIATIONS DOULOUREUSES

DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Février 1920

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Léon LOUVRIER

Né à Aymeries (Nord), le 10 novembre 1893

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { TÉDENAT, professeur, *Président.* / DE ROUVILLE, prof.-adj. / RICHE, agrégé. / DELMAS, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲)	Doyen.
	SARDA (✲)	Assesseur.
	IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM TÉDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲).
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	SARDA (✲)
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (I).
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (✲).
Microbiologie	N...
Pathologie interne	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM DE ROUVILLE, prof. adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ✲ ✲) a. l. (ch. de c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l. (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIÈRE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé
Accouchements	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé.
Microbiologie	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie	WATON ✲ (✲) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS	LISBONNE
LEENHARDT	EUZIÈRE.	PECH ✲ (ch. d'agr.).
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	
RICHE.	RIMBAUD ✲	

Examinateurs de la thèse

MM. TÉDENAT, professeur, *président*.	MM. RICHE, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur-adjoint.	DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS ET A MES BEAUX-FRÈRES

A MON ONCLE VITAL

A MES NEVEUX ET A MA NIÈCE

A LA MÉMOIRE

DE MES COUSINS TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

ÉMILE PRÉVOST
Maréchal-des-logis au 9e régiment de cuirassiers à pied
Moulin de Beaurepaire, 23 octobre 1918
Médaille militaire (4 citations)

RENÉ DUVIVIER
Sergent au 147e régiment d'infanterie
Genermont, 3 novembre 1916
Cité à l'ordre

GUSTAVE LOUVRIER
330e régiment d'infanterie
Nampcel, 20 août 1918
Cité à l'ordre

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

L. LOUVRIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

DE L'UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER

L. LOUVRIER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉTRO-DÉVIATIONS DOULOUREUSES

DE L'UTERUS

INTRODUCTION

Au cours de notre stage en chirurgie, dans le service de notre maître, M. le professeur Tédenat, nous avons eu l'occasion d'observer une série de rétro-déviations utérines, la plupart chez de jeunes femmes. Nous avons été frappé de l'intensité des troubles qu'occasionnait une telle attitude vicieuse, et nous avons eu la satisfaction de constater les heureux résultats de l'intervention chirugicale. Ces deux points, clinique et thérapeutique, nous ont paru très intéressants et nous ont incité à aborder un sujet déjà bien connu et pour lequel rien de nouveau ne peut être dit. Cependant, au point de vue clinique, l'accord ne paraît pas établi entre tous les gynécologues, pour déterminer la part exacte de la rétroversion dans l'apparitions des douleurs et troubles sympathiques. Au point de vue thérapeutique,

la multiplicité des méthodes semble indiquer la faiblesse de chacune d'elles. En apportant ici le fruit de quelques observations, puisées dans le service de notre maître, nous avons l'intention de constater que :

1° Les rétro-déviations réductibles et mobiles sont douloureuses par elles-mêmes ;

2° La ligamentopexie donne des résultats satisfaisants et durables.

La douleur dans les rétro-déviations est contestée par certains. Mayer a pris la peine de faire une statistique de 3.500 cas de rétroversion. Il prétend que la rétroflexion non compliquée ne cause pas en général de douleurs, et par elle-même ne réclame pas de traitement. « Ce qu'il faut soigner, dit-il, ce sont les complications, et entre celles-ci localement au premier rang : le prolapsus, l'endométrite, l'entéroptose, la constipation, les altérations phlegmasique des ligaments sacro-utérins. Parmi les complications générales, il faut traiter la chlorose, l'anémie, la neurasthénie, l'hystérie. Les résultats obtenus par la seule réduction de la déviation de l'utérus dérivent d'une action purement suggestive. »

Il est incontestable, comme le fait remarquer Tuffier, que toutes les rétro-déviations ne sont pas douloureuses. « Il en est de l'utérus rétro-fléchi comme du rein mobile. Beaucoup en sont atteintes, peu en souffrent. »

Mais ce sont précisément celles qui souffrent qui se présentent au chirurgien, et il est remarquable de constater que bien souvent elles ne souffrent que par le fait de l'attitude vicieuse. Il n'est pas indispensable qu'elles aient de la pelvipéritonite, de l'annexite, de l'endométrite. Beaucoup sont de jeunes femmes sans enfant, sans blennorragie, sans altération du col. Picqué a alors invoqué la psychopathie et conclu à l'inutilité de l'intervention.

Bien plus, dit-il, « l'intervention éveille des états cérébraux latents chez les hystériques et aggrave certains états hypocondriaques ». Cependant, en lisant ses conclusions, on constate qu'il élargit le champ de son sujet, et qu'aux déviations il ajoute les « déplacements utérins »; puis les exemples qu'il choisit sont tous pris parmi les cas de prolapsus. Il est vrai que la ptose de l'appareil génital est souvent associée aux troubles mentaux. Richelot la fait figurer, pour la plus grande part, dans les cas de psychoses post-opératoires qu'il a observés. Mais il refuse, à la rétro-version simple de semblables méfaits, sur la conscience. Aussi bien il y en a parmi ces malades à rétro-déviations mobiles qui ont des idées noires, qui sont neurasthéniques. Mais « une lésion douloureuse périphérique peut créer l'hypocondrie; dans ce cas l'hypocondrie est symptomatique et peut disparaître avec le foyer de la douleur. »

Les malades que nous avons observées n'ont pas de déplacement utérin, au sens large de Picqué. Nous avons limité notre sujet à la rétro-déviation, indépendant de l'effondrement pelvien, à celle qu'il faut chercher à travers une périnée intact et un vagin qui a sa tonicité normale. Chez les femmes qui ont accouché, il y a bien un peu de laxité, mais pas de prolapsus.

Chez toutes, les douleurs sont constantes; chacune réagit avec son système nerveux, les unes criant leur douleur, les autres accusant une simple sensation de pesanteur au périnée et des troubles digestifs. Pour ces seules manifestations douloureuses, l'affection mérite un traitement énergique. Mais il y a plus; et nous dirons avec Pozzi : « qu'elle crée, pour l'organe déplacé, une vulnérabilité particulière, résultant de troubles circulatoires, par augmentation de la tension veineuse et par les altérations nutritives qui peu-

vent en être la conséquence ; elle favorise et entretient l'inflammation dans la cavité et à la surface de l'utérus. »

Dans notre travail, nous avons étudié, dans le premier chapitre étiologique, les diverses conditions favorisant l'apparition de la rétro-déviation. Indépendamment des grossesses répétées avec involution incomplète, des infections du petit bassin, nous avons insisté sur la déviation acquise des jeunes femmes réalisant ce type clinique, dont notre maître nous parle souvent : femme réglée tard, irrégulièrement et très peu abondamment, souffrant avant et pendant ses règles, sujette aux migraines, aux vertiges ; à circulation insuffisante ; petites artères, petit pouls ; sensible au froid. Ces femmes n'ont souvent pas d'enfants. En plus de leur déviation, elles ont des organes génitaux du type infantile ; les ovaires fonctionnent mal.

Dans un chapitre anatomo-pathologique, nous montrons les diverses variétés d'attitude vicieuse, en insistant sur les deux types :

1° Infantile ;

2° Post-partum avec utérus gros et mou, marbré, gardant souvent les empreintes intestinales. Avec la réduction, l'organe reprend sa tonicité. Il diminue rapidement de volume et perd sa teinte congestive.

Au point de vue clinique, l'élément douloureux domine l'étude. Enfin, en thérapeutique, après avoir dit les résultats, que l'on pouvait attendre du port de pessaire de Hodge, nous préconisons la ligamentopexie et tout particulièrement les procédés de Tédenat, de Gilliam et Doléris.

ETIOLOGIE-PATHOGENIE

Les rétro-déviations utérines relèvent de causes extrêmement variables. Dans une premières classification nous distinguerons les rétro-déviations congénitales et les rétro-déviations acquises.

Rétro-déviation congénitale. — Elles sont rares. Dans un premier cas, il s'agit d'un arrêt de développement de l'utérus au moment de la puberté (Küstner). A la naissance, utérus et vagin sont dans le même axe, vertical; plus tard le vagin devient presque horizontal, tandis que l'utérus s'infléchit vers la symphyse pubienne. Si l'appareil génital subit un arrêt dans son développement, le vagin reste court; l'utérus ne s'infléchit pas; sous l'influence de la pression intra-abdominale, la rétro-version se produit.

Dans un autre cas, utérus et vagin gardant le type infantile, le cul-de-sac antérieur du vagin est très court, quasi inexistant. Le col utérin est attiré en avant, plaqué contre la symphyse. Le corps s'incline en arrière. Il y a alors ce que Skeen appelle « invagination insuffisante du col ». D'après Sanger, cette rétro-déviation congénitale se distinguait de l'acquise par la présence d'une saillie médiane du cul-de-sac antérieur, vestige probable de la fusion tardive des canaux de Müller.

Rétro-déviations acquises. — Ce sont les plus importantes. Les unes sont secondaires à une affection des organes du petit bassin ; les autres sont primitives.

Rétro-déviations sécondaires. — Elles sont fonction d'une lésion infectieuse de la cavité pelvienne, ou d'un défaut d'involution d'un utérus gravide.

Après l'accouchement, l'utérus demeure gros, mou, tiraille l'appareil ligamenteux et prolabe dans le Douglas. Quelques auteurs pensent que l'involution se fait plus rapide à la paroi antérieure, d'où inflexion. Il est probable que l'infection légère entre en scène, empêchant la rétraction de l'organe, par le mécanisme de la parésie musculaire au voisinage d'une muqueuse enflammée. Si l'infection est nette, la *métrite* fait un organe lourd, modifié dans sa texture ; les ligaments eux-mêmes se trouvent relâchés du fait de la distension gravidique. La rétroversion se produit. Gosselin a fait jouer un rôle considérable à cette métrite, qui se trouve entretenue et aggravée par la déviation.

La *salpingo-ovarite* est souvent aussi cause de la déviation. Les annexes, augmentées de volume, tombent dans le Douglas et entraînant l'utérus. Parfois les lésions ovariennes ou tubaires sont suppurées ; l'intérêt de la rétroversion passe au second plan. Parfois ces lésions sont assez simples. C'est un petit kyste ovarique adhérent, de la salpingite catarrhale, bilatérale ou simplement unilatérale. Macfarlan, sur 140 rétro-déviations, en trouva 26 post-partum et 55 après salpingo-ovarite. Celles-ci succedaient presque toutes à un avortement, parfois à un accouchement, rarement à une blennoragie.

La *pelvi-péritonite*, la *paramétrite* produisent les mê-

mes effets. D'après Schultze, il se produirait un relâchement des ligaments utéro-sacrés.

L'appendicite même ne serait pas étrangère à la production de la rétro-déviation. Il y a parfois coexistence des deux affections, et il est bien possible que, par réaction inflammatoire de voisinage, les ligaments se trouvent relâchés (obs. XIV).

Rétro-déviations primitives. — Ici le vice de position est le facteur prépondérant essentiel. L'utérus simplement douloureux et congestionné s'incline par le relâchement de ses attaches fibreuses ou s'infléchit par la défaillance de son tissu. Pareille déviation se rencontre surtout chez des vierges ou de très jeunes femmes qui n'ont pas eu de grossesse. L'utérus des jeunes filles a un col mince et rosé. Celui des femmes de trente-cinq, quarante ans est hypertrophié, scléreux; l'orifice externe, sans érosion, laisse échapper un mucus clair. L'histologie peut y déceler une hyperplasie régulière des glandes et du stroma de la muqueuse, des fibres conjonctives et des fibres lisses de la paroi, mais sans rupture des travées, sans infiltration leucocytaire, sans trace d'invasion microbienne.

Notre maître, M. le professeur Tédenat, a maintes fois insisté sur un ensemble de signes qui se rencontrent chez ces malades et qui créent une entité clinique bien définie. Ces jeunes filles, ces jeunes femmes, ont été réglées tard, à 17, 19 ans (obs. III, X, XIV, XV). Leurs règles sont irrégulières, manquent quelques mois, durent deux, trois jours, sont peu abondantes, douloureuses, indiquant une insuffisance de la fonction ovarienne. Leur appareil circulatoire est mal développé; les artères sont petites, le pouls faiblement perçu. Elles accusent des migraines fréquentes, elles sont sensibles au froid. Leur état général est parfois bon;

elles paraissent avoir une anatomie normalement développée. Mais il y a insuffisance de développement de l'appareil respiratoire, hypoplasie du feuillet moyen du blastoderme (Rokitansky). Ces jeunes filles ont un appareil génital de type infantile. Mariées, elles n'ont pas d'enfant. On accuse souvent chez elles l'étroitesse du col utérin, mais la position vicieuse du col et surtout la fonction ovarienne insuffisante, la leucorrhée fréquente doivent jouer un rôle plus considérable. Tardivement les organes peuvent se développer, et ce n'est que plusieurs années après le mariage que la conception a lieu.

Tuffier a décrit un autre type clinique aussi caractérisé. Les malades ont une rétro-flexion simple, mobile et réductible. Ce sont des vierges, ou plus souvent des mères de plusieurs enfants. Elles ont un terrain névropathique très développé. On note de l'insuffisance de la paroi abdominale, des ptoses viscérales diverses, de l'entérocolite muco-membraneuse, des varices. Tous ces symptômes caractérisent une « maladie spéciale provenant d'une infériorité physiologique des tissus. »

Richelot, fait jouer un rôle important à l'arthritisme. Il constate que la rétro-version mobile coïncide avec le déplacement du rein ou la procidence des parois vaginales, avec tous les relâchements fibreux, avec toutes les manifestations du neuro-arthritisme : migraines, douleurs articulaires, points névralgiques, dyspepsie, constipation, troubles hystériformes. Aussi classe-t-il la déviation utérine parmi les dystrophies d'origine arthritique.

Enfin, dans ces divers états, quelques causes adjuvantes favorisent l'apparition de la rétro-déviation : ce sont celles qui congestionnent le pelvis et alourdissent l'utérus : excès sexuels, masturbation, équitation, abus de la bicyclette, position debout habituelle.

Pathogénie. — Pour bien comprendre comment agissent les diverses causes précitées dans la formation des rétrodéviations, il faut d'abord voir dans quelles conditions l'utérus est maintenu normalement en inflexion légère. Il sera aisé ensuite de déterminer les raisons de la position vicieuse.

L'utérus est, avant tout, soutenu par le plancher pelvien. Celui-ci présente, à cet effet, une boutonnière dans laquelle le col est engagé et aux lèvres de laquelle il est fixé. L'axe de fixation se trouve situé au-dessous du centre de gravité de l'utérus. Ce dernier se trouve « dans la situation où serait une bouteille renversée et dont on engagerait le goulot dans l'orifice d'une planche à bouteilles » (Tuffier). Ainsi soutenue, la matrice ne peut s'abaisser mais est capable de mouvements oscillatoires autour de son axe de sustention. Le corps utérin peut se déplacer en avant, en arrière, latéralement, tandis que le col se déplace en sens inverse. Il est maintenu en légère antéflexion, grâce à la tonicité de ses ligaments : ligaments ronds, ligaments utéros-sacrés. Le ligament large joue un rôle accessoire. Y a-t-il relâchement des ligaments utéro-sacrés, le col se déplace en avant, le corps tend à basculer en arrière. De même si les ligaments ronds cèdent l'utérus se met en rétro.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il y a deux sortes de rétro-déviations : la rétro-version et la rétro-flexion. Souvent combinées elles donnent naissance à une attitude complexe, la rétro-verso-flexion.

Dans la *rétro-version* le col et le corps sont dans le prolongement l'un de l'autre quelquefois le léger degré normal d'inclinaison du corps sur le col en avant persiste.

Dans la *rétro-flexion,* le col demeure en place ou est légèrement projeté vers la symphyse. Le corps fait avec lui un angle ouvert en bas et en arrière ; il tombe plus ou moins dans le Douglas.

Tuffier distingue trois variétés essentielles de ces rétro-déviations :

1° *Réductible* et *mobile,* l'utérus peut reprendre sa position normale sous la pression du doigt dans le cul-de-sac postérieur, ou spontanément dans la position génu-pectorale (obs. I, II, IX, XII, XIV) ;

2° *Irréductible* et *immobile* l'organe est fixé par des adhérences directes au péritoine postérieur, ou grâce aux adhérences annexielles qui limitent sa course. Dans les observations XVI et XVII, les annexes sont saines, mais les malades ont eu une infection post-partum qui suffit à expliquer la réaction péritonéale voisine de l'adhérence directe. Plus souvent les annexes sont en cause : les trom-

pes sont congestionnées, épaissies; les ovaires présentent preque toujours des lésions d'altération scléro-kystique (obs. V et XII); ils sont gros et basculent autour de leur ligament suspenseur pour prendre position contre la paroi postérieure du petit bassin. Ces altérations ovariennes sont fréquentes dans les rétro-déviations utérines, mais il faut bien se garder de leur attribuer le rôle principal dans la genèse des douleurs qui accompagnent la déviation. Nous n'en voulons pour exemple que l'ovarite scléro-kystique dont les douleurs ne sont souvent pas calmées par la castration bilatérale. Lorsque, au contraire, elle coexiste avec la rétro-déviation utérine, la fixation donne un résultat appréciable (Delbet).

3° *Irréductible* et *mobile,* la rétroflexion se caractérise par l'impossibilité de défléchir le corps sur le col, et le déplacement facile en tous sens. Corps et col sont fixés dans une position vicieuse. Au début il est probable que la rétroflexion était réductible. Puis il s'est produit de l'endométrite qui a gagné peu à peu le parenchyme. Celui-ci s'est induré, supprima à l'organe les mouvements du corps sur le col, comme si « un mandrin métallique était laissé à demeure dans l'utérus ». Désormais la rétroflexion est irréductible.

Dans ces diverses attitudes l'utérus présente un aspect différent, suivant qu'il s'agit d'une déformation congénitale ou acquise.

Dans la *rétro-déviation congénitale,* l'ensemble de l'appareil génital est aussi dans son développement (obs. X), pour en donner un exemple : l'utérus plaqué contre le plancher pelvien, est en rétroversion complète sans flexion. Ses dimensions longitudinales, et plus encore, tranversales, sont réduites. Les ligaments ronds sont graciles. Les ovaires assez gros sont blancs, lisses, sans trace de cicatrice.

Dans la rétro-déviation acquise, l'utérus est gros, congestionné. Les veines utérines sont plus ou moins comprimées du fait de la déviation. De plus l'organe est le siège de congestions actives d'ordre général auxquelles l'arthritisme n'est pas étranger. Il en résulte un corps mou, lourd, sur lequel viennent reposer les anses intestinales. Et il n'est pas surprenant de constater l'aspect marbré de la face antérieure de l'utérus, les zones pâles correspondant aux appuis des anses intestinales. Celles-ci à un degré moindre bien entendu, laissent sur le corps de véritables empreintes. Tout comme les dents, sur une langue épaisse et molle d'embarras gastrique (obs. VIII).

La muqueuse utérine présente souvent des lésions de pseudo-endométrite hyperplasique, caractérisées par la néo formation adénomateuse des glandes, sans réaction inflammatoire du tissu interstitiel. Le parenchyme est épaissi, souvent scléreux, parfois existent de petits myomes disséminés.

Indépendamment des lésions utéro-annexielles, les organes du petit bassin et du voisinage peuvent être atteints.

La vessie peut présenter des modifications de forme. Son péritoine peut surtout être le siège d'inflammation. La pression du col entraîne rarement des déformations.

L'intestin peut être lésé: la colite muco-membraneuse accompagne habituellement la ptose intestinale; l'appendicite chronique s'observe parfois.

ETUDE CLINIQUE

Les rétro-déviations occupent une place importante dans la pathologie génitale de la femme, en raison des désordres locaux qu'elles provoquent et du retentissement qu'elles ont sur la santé générale. Rien n'est plus variable que les réactions provoquées par cette lésion. Tandis que certaines femmes accusent des douleurs aussi pénibles que diffuses, empêchant tout travail, s'opposant au sommeil, d'autres ne s'aperçoivent pas de leur malformation; l'examen seul le découvre. Comme nous le disions au début de notre travail, « il en est de l'utérus rétrofléchi comme du rein mobile. Beaucoup de femmes en sont atteintes, peu en souffrent ». Il y a là une question de tolérance ou d'intolérance du système nerveux qui rend la femme plus ou moins sensible aux déviations et aux ptoses viscérales dont elle peut être être atteinte. Mais est-ce à dire avec Picqué que toutes les rétro-déviations réductibles et mobiles puisent uniquement leur douleur dans l'état nerveux, névrosique du sujet? qu'en somme la douleur est due soit à des lésions concomitantes, soit à une origine psychopathique? La formule est certainement excessive, et les bons résultats obtenus par la cure de la position vicieuse condamnent l'opinion de Picqué. Certes beaucoup de malades atteintes de déplacements utérins sont des hystériques ou des hypo-

condriaques (obs. XI), et les douleurs qu'elles éprouvent ont une grosse part cérébrale.

Les unes, par suggestion, localisent la douleur sur le déplacement dont le médecin a attiré l'attention. D'autres, qu'un pessaire a soulagées, ne peuvent plus s'en séparer sans souffrir à nouveau, mais restent guéries si on l'ôte à leur insu. Ces faits militent en faveur de la psychopathie pure, mais ils sont l'exception. D'ailleurs, ces états névrosiques ne sont-ils pas entretenus par la viciation utérine ?

Il est incontestable que la rétro-déviation, primitive et indépendante, sans métrite ni lésions annexielles, facilement tolérée chez certaines femmes, est souvent une maladie douloureuse, incompatible avec une vie normale et vaut la peine d'être guérie. Elle se traduit par le « syndrome utérin » avec prédominance de telle ou telle manifestation suivant les cas.

La douleur est le symptôme principal. C'est une douleur sourde, presque continue, une sensation de pesanteur à la région périnéale, avec des irradiations à peu près constantes dans les lombes et le sacrum, moins fréquentes à la face interne des cuisses, aux plis de l'aine (obs. V), à l'hypogastre, entre les épaules (obs. IX et X).

Parfois elle revêt le caractère des douleurs annexielles, prédominant dans les fosses iliaques, tantôt unilatérale, tantôt bilatérale. Elle semble traduire une lésion des annexes, et pourtant celles-ci peuvent être apparemment saines. Parfois, enfin, c'est la région appendiculaire qui est surtout douloureuse (obs. XV).

Ces douleurs sont augmentées par la station debout prolongée, la fatigue, la marche, les voyages, les travaux pénibles, les excès génitaux; souvent le coït est douloureux. Elles présentent des crises d'exacerbation au moment des

règles, ou sous l'influence d'une cause qui congestionne le pelvis. Le repos au lit ou sur la chaise longue le calme habituellement, mais pas toujours (obs. VIII et X). Les migraines, les vertiges sont fréquents (obs. IV, XI).

La présence de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas gêne le rectum et tend à exagérer la constipation. Les efforts d'expulsion sont douloureux; après l'évacuation, la pression de l'utérus sur l'intestin tend à créer de faux besoins. Très rarement, en dehors de la grossesse, on a observé une véritable occlusion intestinale (Lefèvre). Le contact du col avec la vessie provoque des phénomènes de dyspnée, de cystalgie.

La *menstruation* est presque toujours troublée: elle est généralement plus abondante et de plus longue durée qu'à l'état normal, sauf dans la rétro-déviation congénitale qui est accompagnée de règles durant deux, trois jours et peu abondantes. Elle est douloureuse et cette particularité est d'autant plus frappante qu'on l'observe chez des multipares qui, avant leur déviation, ne souffraient pas. Dans l'intervalle des règles, les métrorragies peuvent s'observer (obs. XI).

Cette dysménorrhée s'explique par la congestion de l'organe qui devient plus lourd, et par l'obstacle mécanique résultant de la flexion.

On observe parfois les irrégularités menstruelles, des périodes d'aménorrhée (obs. XV).

La leucorrhée est fréquente.

Enfin la métrite est la complication habituelle de la rétroflexion.

Les *troubles digestifs* sont très fréquents. Ils ont été bien étudiés par Reynaud. Ils consistent surtout en douleurs et modifications de l'appétit. Les vomissements sont rares. La douleur est variable d'intensité, de siège, d'appa-

rition, de durée. Tantôt c'est une simple pesanteur épigastrique atténuée dans la position couchée; tantôt c'est une sensation de faim; tantôt c'est une douleur véritable avec pyrosis et aigreurs, ressentie à l'appendice xyphoïde, entre les deux épaules, à la gorge. L'appétit est modifié comme pour la grossesse; capricieux, il est le plus souvent diminué.

Si l'on examine l'appareil génital de ces malades, le doigt vaginal découvre un col plus ou moins rapproché de la symphyse publienne, selon qu'il s'agit d'une rétro-version ou d'une rétro-flexion. Le cul-de-sac de Douglas est occupé par la face postérieure de l'utérus, régulière, présentant une saillie médiane: la crête médiane postérieure sur laquelle le Dentu a attiré l'attention, et qui permet de différencier la déviation d'une tumeur ovarienne ou utérine probable dans le Douglas. La pression de cet utérus est parfois douloureuse, même dans le cas d'utérus mobile et réductible. Les culs-de-sac latéraux sont parfois sensibles, même en dehors des lésions nettes d'annexite.

Tel est le tableau schématique des rétro-déviations. Certaines ont des caractères particuliers, empruntés aux conditions étiologiques et aux lésions concomitantes.

La *rétro-déviation mobile des jeunes filles et des jeunes femmes*, demeure longtemps latente. La menstruation s'installe tardivement après 15 ans, irrégulièrement, avec douleurs. Plus tard, sous l'influence des poussées congestives, les troubles s'aggravent. Mariée, elle reste stérile. Cette stérilité résulte du développement défectueux de l'appareil génital dans son ensemble et en particulier de l'état médiocre des ovaires, mais la conformation spéciale de l'utérus y prédispose dans une large mesure. Le col, d'apparence infantile, d'une longueur exagérée, est resté en avant, tandis que le pénis s'engage en arrière de lui

dans ce qu'on a appelé une « fausse route vaginale postérieure (Pajot). Il en résulte une faible tendance à la pénétration des spermatozoïdes.

La stérilité secondaire existe aussi chez les femmes qui ont eu leur rétro-déviation après un abortum ou un accouchement. Nombreuses sont celles qui sont devenues enceintes peu de temps après leur mariage et qui n'ont plus eu de grossesse jusqu'au jour où une fixation a remis l'utérus en place. Mais il est probable que la métrite entretenue et exagérée par la déviation, est plus directement en cause que la déviation elle-même. D'ailleurs la fécondation s'observe aux cours des rétro-déviations. Celles-ci, traitées par un pessaire, ne gêne pas l'évolution de l'utérus dans l'abdomen; et il n'est pas rare de constater la guérison de la déviation après une grossesse.

Les *rétro-déviations symptomatiques d'annexite ou de pelvipéritonite* sont cachées par la lésion initiale. Par le toucher on découvre le corps utérin gros, peu douloureux, fixé, immobile et irréductible. Les annexes sont adhérentes, très sensibles, plus ou moins augmentées de volume.

Cette variété nous intéresse beaucoup moins que la variété d'utérus mobile et réductible.

TRAITEMENT

Les rétro-déviations méritent encore d'être distinguées en réductibles et irréductibles : car l'intervention, indiscutable dans le second cas, peut n'être tentée dans le première qu'après échec de la thérapeutique médico-orthopédique. Celle-ci était, autrefois, systématiquement adoptée, mais avec les progrès de la chirurgie, elle a perdu du terrain au profit de l'intervention. On a d'abord abandonné le pessaire pour le raccourcissement des ligaments ronds isolés dans le canal inguinal. On a ensuite délaissé cette méthode extra-abdominale pour la méthode intra-abdominale qui offre le grand avantage de juger de l'état des autres organes du petit bassin et de traiter leurs lésions.

Quoiqu'il en soit, le traitement médical garde ses droits, car toutes les malades ne se soumettent pas volontiers au bistouri du chirurgien et se soucient peu d'avoir une cicatrice abdominale, si esthétique fut-elle.

A. — Traitement médical

Ce traitement médical s'adresse d'abord à la congestion utérine qui aggrave la déviation, puis à la déviation elle-même. Il essaie enfin de stimuler le développement des organes génitaux. La gymnastique, le massage général, l'hy-

drothérapie, les cures thermales, les cures d'air et d'altitude trouvent ici leurs indications. On y joindra quelquefois, avec avantage, l'opothérapie ovarienne, la sangle abdominale. Les injections vaginales chaudes, les grandes irrigations rectales, ont une action décongestive très heureuse. Le massage gynécologique peut rendre de grands services en favorisant la croissance de l'utérus et en corrigeant l'attitude vicieuse. Chez la jeune fille, il est d'une pratique délicate. On pourra la tenter par la voie rectale. Fait avec méthode et circonspection, il peut rendre de très grands services: il diminue la congestion pelvienne; sous son influence, les tissus utérins s'assouplissent et reprennent leur tonicité normale. Souvent, M. le professeur Tédenat a associé à cette méthode la columnisation. Au Congrès de gynécologie de Bordeaux (1895), il fit une communication sur la technique employée pour rendre à l'utérus sa tonicité: « Après une antiseptie minutieuse de la vulve, du vagin, des culs-de-sac, du col, on introduit dans l'utérus une mèche iodoformée imbibée de glycérine; on procède ensuite méthodiquement au remplissage des culs-de-sac par des tampons ichtyolés suivis d'autres tampons bien tassés. Il s'ensuit une décongestion notable de la matrice, une atténuation de la douleur et un peu plus de souplesse des culs-de-sac; c'est alors qu'intervient le massage bi-manuel selon la méthode de Thure Brandt. Entre les séances de massage une nouvelle columnisation est faite. A la longue les ligaments, qui étaient sclérosés, sont beaucoup plus souples, l'utérus diminue de volume... la femme dit elle-même « qu'elle se sent plus légère. »

Grâce à ces diverses méthodes, les inconvénients de la déviation étant corrigés ou atténués, il convient de réduire l'attitude vicieuse et de la maintenir réduite.

La réduction se fait soit par la *position genu pectorale,*

soit *bimanuellement*. Elle est maintenue grâce à la mise en place d'un pessaire. Le *pessaire de Hodge* est de beaucoup le plus utile. En celluloïd, il suffit de le tremper dans l'eau bouillante pour modifier à volonté ses courbures. Fritsch demande que celles-ci soient très accentuées et telles que sa portion supérieure, concave en avant, engagée dans le cul-de-sac recto-vaginal refoule en haut le fond de l'utérus, et en avant la face postérieure du corps de l'organe. S'il survient une grossesse, il faut recommander à la malade de garder son pessaire jusqu'au quatrième mois. A ce moment-là on a évité les accidents de la rétroversion d'un utérus gravide, et l'utérus ayant franchi le promontoire ne risque plus de prendre une attitude vicieuse.

Ce pessaire est habituellement bien supporté par les malades. Mais parfois il provoque des douleurs, une gêne pénible. Il faut alors l'enlever, et conseiller à la malade de le retirer elle-même si elle en éprouve queque inconvénient. On la tromperait en lui disant qu'elle s'accoutumera à l'instrument et que la gêne disparaîtra avec le temps. Si le pessaire fait souffrir c'est parce que sa forme, ses dimensions ne conviennent pas, ou bien parce que certaines femmes, sans être atteintes de lésions sérieuses, présentent une sensibilité extrême de tout l'appareil génital ; elles réalisent, à des degrés élevés, le tableau des grandes névralgies pelviennes. Certaines de ces malades ont de petites lésions annexielles avec des adhérences en arrière de l'utérus et particulièrement avec des exsudats dans le cul-de-sac postérieur. Le pessaire appuie sur ces annexes et détermine de la douleur.

Pour ces cas, pour les malades qui ne peuvent garder un repos prolongé et se traiter pendant longtemps convenablement, pour les malades enfin qui ont une déviation fixée, le traitement chirurgical est le procédé de choix.

B. — Traitement chirurgical

1° De nombreuses opérations sont peu recommandables. Ce sont celles qui se pratiquent par le vagin. Voici l'énumération de celles qui ont été conseillées dans cet ordre d'idées, nous réservant de faire une place à part à l'opération de Skeen.

Nous avons d'abord l'opération de Wertheim et de Schauta qui porte sur les ligaments ronds. Elle consiste à ouvrir le cul-de-sac antérieur du vagin, puis, après avoir ramené le fond utérin en bas et en avant, on saisit ces ligaments à quelque distance de l'utérus et on les attire au dehors. On fixe l'un à l'autre les deux segments de l'axe ainsi formée, par plusieurs points de suture et l'on peut compléter l'opération en suturant les deux anses en avant de la matrice.

Le raccourcissement peut porter sur les ligaments utéro-sacrés. C'est l'opération de Gaillard Thomas, et de Schultze. On ouvre largement le cul-de-sac postérieur, on va accrocher avec un doigt les replis de Douglas, on les attire dans la plaie au moyen d'un fil. On coude les ligaments sur eux-mêmes, de manière à former une anse et on réunit entre eux les deux portions de l'anse. On peut même fixer ces ligaments utéro-sacrés à la paroi vaginale.

Kochs, Alexandroff ont proposé d'agir sur les ligaments larges, en passant par le cul-de-sac antérieur. Cette méthode n'a qu'une valeur historique.

Dans les cas d'absence congénitale du cul-de-sac antérieur du vagin, Skeen a essayé d'allonger la paroi antérieure. Cambacédès, dans sa thèse, expose cette technique que M. Tédenat a suivie avec succès: savonnage du vagin,

assèchement, badigeonnage à la teinture d'iode dédoublée; le col est saisi avec une pince tire-balle qui l'attire en arrière: un coup de ciseau transversal est donné dans le cul-de-sac antérieur; cette incision transversale de 15 à 20 millimètres est suturée longitudinalement: on allonge ainsi sensiblement la paroi antérieure du vagin. L'utérus peut reprendre sa mobilité et la réduction de la rétro-déviation peut être maintenue par un pessaire.

Ces opérations par la voie vaginale ont l'inconvénient de ne pas permettre un examen complet des organes du petit bassin. Mieux vaut, à l'heure actuelle, faire la laparotomie.

Nous n'insisterons pas sur l'opération d'Alquié-Alexandre. Cette opération, très ingénieuse, est infidèle; on ne peut pas compter sur elle. Il est arrivé maintes fois qu'elle a été suivie d'une récidive de la rétro-version. On raccourcit trop ou trop peu les ligaments ronds. Enfin on s'expose a fixer des utérus trop malades pour être conservés sans inconvénients, ou à négliger des lésions annexielles.

Voyons les diverses opérations faites après la laparatomie:

1° *Procédé de Dudley.* — C'est le raccourcissement des ligaments ronds par plicature, puis par suture sur la paroi antérieure de la corne utérine après avivement.

2° *Procédé de Baldy-Dartigues.* — Les ligaments ronds sont passés au travers du ligament large et suturés en arrière entre eux d'abord, à la postérieure de l'utérus ensuite;

3° *Procédés de Polk, Beck.* — Il consiste à rapprocher les deux ligaments sur une grande longueur; on les suture

l'un à l'autre sur une étendue de 7 à 8 centimètres et on attire dans la plaie abdominale cette corde. On réunit les deux lèvres du péritoine sous cette corde en ménageant simplement des trous en haut et en bas pour le passage des ligaments.

4° *a) Procédé de Doléris.* — Les ligaments ronds sont attirés dans la partie inférieure de la plaie abdominale et y sont suturés;

5° *b) Procédé de Doléris.* — Une fois que l'utérus a été ramené vers la plaie abdominale, on fait de chaque côté de celle-ci, à travers le muscle grand droit, tout près de son bord externe, une petite incision. Par celle-ci on va accrocher les ligaments au moyen d'une pince, à environ 3 à 4 centimètres de leur insertion utérine. Ils passent ainsi au-devant de la paroi musculo-aponévrotique. On suture la plaie abdominale. On suture ensuite les ligaments ronds entre eux. Un point complémentaire les fixe à la paroi.

6° *Procédé de Gilliam.* — A l'étranger, le procédé de Doléris a été très peu modifié. Il est plus connu sous le nom de procédé de Gilliams.

7° *Procédé de M. Tédenat.* — C'est une modification du procédé de Doléris. Cambacédès publie un grand nombre l'observations avec d'excellents résultats, grâce à cette méthode. Les ligaments ronds sont parfois grêles, peu résistants, difficilement utilisables pour une réduction définitive. Pour assurer cette réduction, M. Tédenat saisit les ligaments ronds avec un fort catgut, passe les fils en arrière des ligaments et traverse le ligament large à hauteur de l'isthme. Les fils passent ensuite au travers de la

boutonnière faite dans le grand droit, et comme dans le procédé de Doléris, les ligaments sont fixés au-devant de la paroi.

Parfois, lorsque les ligaments ronds sont très longs, M. Tédenat les fixe en arrière de l'utérus, et suture à la paroi abdominale leur portion antérieure.

8° *Hystéropexie Terrier, Legueu.* — Des fils passés à la face antérieure de l'utérus sont liés à la paroi abdominale.

9° *Hystéropexie isthmique de Delbet-Caraven.* — La fixation est faite sur la portion isthmique, permettant ainsi l'évolution du corps utérin au cas de grossesse.

10° *Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés.*

11° *Cunéo-hystérectomie de Jonnesco.* — Inférieure aux précédentes interventions.

Telles sont les diverses méthodes qui ont été utilisées. Laquelle est la meilleure ? Il faut savoir être éclectique, car le chirurgien, pour chaque cas, devra tenir compte de deux conditions essentielles :

a) La valeur génitale de la femme en vue de la grossesse.

2° L'état des ligaments.

Si la femme est capable d'avoir des enfants, il ne faut pas toucher au péritoine utérin. On s'expose à modifier et à supprimer la mobilité utérine. Et cette mobilité a son importance, puisqu'elle favorise le développement de la matrice pendant la grossesse ; elle facilite l'évolution de l'utérus dans l'abdomen.

Dans l'observation XI, la malade avait 42 ans. Elle avait peu de chances de devenir enceinte. M. Tédenat n'a pas

hésité à faire l'hystéropexie qui assure mieux que tout autre procédé la réduction définitive.

Parmi les autres méthodes les plus recommandables nous paraissent être celles de notre maître, celles de Doléris et de Gilliam. Cette dernière a été pratiquée dans les observations VIII et X. Dans presque toutes nos observations, c'est le procédé de Doléris qui a été employé, alternativement avec celui de notre maître.

On a reproché au procédé de Doléris-Gilliam de créer, dans le bassin, deux piliers latéraux autour desquels peut se faire un étranglement interne. Mais si on attire le ligament, la face antérieure de l'utérus est appliquée contre l'abdomen. L'espace anti-utérin devient fictif.

On a prétendu aussi qu'il pouvait se faire une hernie le long du nouveau trajet intra-pariétal du ligament rond.

Mais le plus souvent on dissocie les fibres du grand droit sans les couper, et celles-ci jouent le rôle de sphincter puissant sur le cordon qui passe à son travers.

En somme cette opération est fort simple et sans danger. Ivens publie cent cas avec une mortalité nulle. Macfarlane en publie 140 avec une mortalité également nulle.

Résultats. — En ce qui concerne les résultats de la réduction :

1° Au point de vue douleur, toutes les malades dont nous publions l'observation ont été immédiatement soulagées, sauf celle de l'observation VI.

Chez les névrosiques, en particulier chez notre malade de l'observation III, le résultat est très satisfaisant.

D'après Macfarlane 80 p. 100 ont été définitivement guéries; 15 p. 100 ont conservé un peu de douleur; 5 p. 100 n'ont eu aucun soulagement.

2° Au point de vue de la grossesse, Macfarlane signale

16 grossesses qui ont évolué normalement, et la rétro-déviation ne s'est pas reproduite après l'accouchement.

Ivens cite 9 grossesses normales, et 3 avortements, dont il est difficile de dire la cause exacte.

Ces beaux succès, grâce à la ligamentopexie, ne nous surprennent pas, car le ligament rond reprend sa souplesse et s'hypertrophie au moment de la grossesse. On évite ainsi le développement sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus entraînant les positions vicieuses du fœtus, que l'on aurait dans l'hysteropexie. Le col n'étant pas tiraillé ne se porte pas en arrière comme dans les vagino-fixations et ne fait pas décrire à la filière pelvienne une brusque coudure rendant difficile ou même impossible l'engagement et la descente de la tête fœtale.

Grâce à cette ligamentopexie, une femme inféconde, opérée par Guinard put avoir trois enfants. Une autre, opérée par Richelot put concevoir quatre mois après (Thèse de Servettaz).

Notre maître, M. Tédenat, a pu voir des résultats aussi satisfaisants. Sur 74 opérées, 68 ont été radicalement soulagées de leurs malaises; 21 purent devenir enceintes et accoucher normalement (Cambacédès).

Ces résultats sont d'autant plus facilement obtenus que la rétro-déviation est réductible et mobile. L'indication, dans ces cas, est remplie par la fixation simple des ligaments ronds.

Rétro-déviations irréductibles et immobiles

Mais lorsqu'il s'agit de rétro-déviations irréductibles, l'indication est plus complexe: il importe de traiter la cause directe de la fixation, l'annexite le plus souvent. La

libération simple des annexes, suivie du redressement utérin, ne serait qu'une demi-mesure. Les annexes retombant dans le Douglas ne tarderaient pas à y ramener l'utérus. Est-ce à dire que l'on doive systématiquement supprimer les annexes adhérentes? La formule serait excessive, et « il convient de traiter les ovaires, quoique cachés, avec autant de déférence que les testicules apparents » (Pozzi). Il faut, au contraire, élargir le plus possible le cadre des cas favorables, pousser la conservation très loin pour permettre à ces malades, en pleine vie génitale, d'avoir des enfants. Si les lésions annexielles sont très étendues (pyosalpinx, pavillon de la trompe obstrué, très nombreux microkystes) (obs. XII), la castration uni ou bilatérale s'impose. Mais dans les dégénérescences kystiques respectant une partie de la glande, il convient de conserver cette partie saine. Matthœi a enlevé un kyste glandulaire multiloculaire d'un côté, ponctionné un kyste simple de l'autre ovaire et obtenu une grossesse.

Rétro-flexion irréductible et mobile

Si la rétro-déviation est irréductible et mobile, la fixation des ligaments ronds n'agit pas sur la flexion. Le redressement de la cavité utérine occasionné par la flexion, persiste, entraînant la rétention des sécrétions et favorisant l'infection ascendante des trompes. Il faut donc, à tout prix, défléchir l'utérus, s'adresser à la cause de l'irréductibilité, l'*endométrite*. Les pansements utérins, les applications de glycérine créosotée, ou autres antiseptiques, le curettage rendront au parenchyme utérin sa souplesse. La suture des ligaments ronds aura ensuite son efficacité.

Donc, il conviendra de diviser la thérapeutique en deux temps :

1° Vaincre l'irréductibilité en luttant contre l'endométrite ;

2° Réduire la flexion et la maintenir.

Parfois la rétro-déviation est associée avec des lésions qui ne permettent pas la conservation. L'*hystérectomie* s'impose. C'est ce qui fut fait dans les deux observations IV et XVIII. Dans le premier cas, M. Tédenat craignait une dégénérescence cancéreuse de la métrite ; dans le second, l'état des annexes était tel que la fonction génitale était désormais supprimée.

Enfin dans certains cas il y a coexistence d'*appendicite* et de rétro-version. Par la laparotomie médiane il est facile de traiter les deux affections (obs. XIII).

En somme les rétro-déviations méritent très souvent un traitement chirurgical. Grâce à lui, les malades peuvent reprendre leur vie normale. Elles ne souffrent plus ; et beaucoup d'entre elles, jusque-là vouées à la stérilité, ont la joie de voir évoluer des grossesses ultérieures.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat.)

Rétro-flexion libre. — Ligamentopexie.

M. M..., 38 ans, du Vigan (Gard), entre salle Paulet, le 4 janvier 1918, n° 18.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts à 70 ans de vieillesse.

Antécédents personnels. — Pas de maladie d'enfance, réglée à 15 ans, les régles duraient de huit à dix jours et étaient très abondantes. Pas de pertes. A 18 ans, dilatation de l'estomac, dure trois ans. Pendant ce temps, règles irrégulières; douleurs au moment des règles. Trois enfants, le premier à 28 ans, forceps, le deuxième à 31 ans, le troisième à 34; entre les deux premiers, fausse couche au cinquième mois.

Histoire de la maladie. — Il y a quatre ans, arrêt des règles pendant deux mois, puis pertes abondantes, durant huit jours, probablement fausse couche. A partir de ce moment douleurs dans la fosse iliaque, particulièrement au niveau droit avec propagation dans les lombes. Etat

nauséeux au moment des règles. Constipation beaucoup plus forte, faiblesse, malaises, d'une façon générale depuis ce moment les règles ont augmenté de durée et de quantité, elles durent de neuf à quinze jours. La pression au niveau des annexes du côté droit est douloureuse. Celle qu'on exerce du côté gauche se transmet au côté droit. Le ventre n'est pas modifié dans ses dimensions. On n'y sent, à la palpation, aucune tumeur apparente. Le col est modifié dans ses dimensions, il est gros, vultueux, déchiré transversalement; la lèvre antérieure est très proéminente par rapport à la postérieure. L'utérus ne paraît pas augmenté de volume il est mobile en rétro-flexion. Les culs-de-sac latéraux gauche et droit sont indolores à la simple pression et douloureux à la pression combinée. On ne sent cependant les annexes ni d'un côté ni de l'autre. Au total, endométrite avec légère annexite et rétro-verso-flexion.

Intervention. — Le 8 janvier 1917. Ether goutte à goutte, incision médiane, utérus congestionné et légèrement bosselé sur sa face postérieure. On explore les annexes: des deux côtés aucune lésion. Ligamentopexie suivant la technique du professeur Tédenat et fermeture de la paroi.

Le 16, premier pansement: cicatrisation *per primam*. La malade sort le 25 en parfait état.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat.)

Rétro-verso-flexion libre. — ligamentopexie.

D. R..., 34 ans, épouse S..., d'Alais, entre le 15 septembre 1917 salle Paulet, n° 21.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 72 ans de vieillesse, mère bonne santé, frère de 110 kilos.

Antécédents personnels. — Coqueluche, rougeole à 7 et 9 ans, jaunisse à 18 ans. Réglée à 13 ans et demi, durée : 4 à 5 jours, pas de douleurs ; constipée. Mariée à 19 ans, enfant au bout de 27 mois de mariage venu à terme, accouchement laborieux, anesthésie et forceps. Le ventre reste douloureux ; certains mois les douleurs s'exacerbent au moment des règles. Les pertes blanches sont très abondantes. A 24 ans, fausse couche, grosse hémorragie. Au mois de novembre dernier nouvelle fausse couche, l'hémorragie qui se produit est très abondante, il y a de nombreux caillots. La malade reste plusieurs jours sans aller à la selle. Souffre de la région abdominale inférieure dans la station debout, les douleurs s'irradient le long des reins. L'ovaire gauche est sensible et douloureux à la pression.

Examen. — Col déchiré transversalement, déplacé en avant. L'utérus est immobilisé, le cul-de-sac latéral droit est douloureux, le cul-de-sac latéral gauche est très douloureux. La pression ovarienne est douloureuse à droite et très douloureuse à gauche.

Intervention. — Le 21 septembre, anesthésie à l'éther goutte à goutte, incision ombilico-pubienne, la paroi musculo-aponévrotique est faible, l'intestin est dilaté, l'utérus est en rétroversion et son corps appuyé sur le pelvis, il est facilement attiré par la pince, les trompes sont de petit volume, le pavillon absolument sain des deux côtés, sauf congestion intense de l'utérus et des trompes, les ovaires sont petits et sans microkystes. On fait la pexie par les ligaments ronds qui sont peu développés. Au total, rétroverso-flexion non adhérente avec congestion douloureuse sans annexite.

Le 29 septembre : enlèvement des fils, cicatrisation, alcool, iode et gaze sèche.

Le 3 octobre la plaie est complètement cicatrisée, on peut supprimer tout pansement.

Quelques jours après, la malade sort du service ne souffrant pas.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat)

Rétro-flexion libre. — Ligamentopexie.

A. B..., 42 ans, villa Fournier. Réglée à 19 ans, très irrégulièrement. Les règles sont peu abondantes, durent deux jours, sont douloureuses, exigeant le repos a lit. Deux ou trois époques peuvent manquer.

Mariée à 22 ans, n'a jamais eu de grossesse. Tempérament très nerveux. Sujette à des crises fréquentes pendant lesquelles elle tombe après une aura partie de la fosse iliaque gauche (sensation de boule remontant jusqu'au cou). Perte de connaissance, tremblements, convulsions. Morsure de la langue, jamais d'émission d'urine.

Depuis un an, les douleurs, que la malade accusait antérieurement et par intermittence, dans le bas ventre et les lombes, se sont aggravées en même temps que l'état général est devenu plus mauvais. A la suite d'une chute au cours d'une crise nerveuse, la malade aurait ressenti très vivement une douleur dans la fosse iliaque gauche, comparable à un coup de poignard. Depuis, cette douleur intense s'est reproduite fréquement deux à trois fois par semaine. Dans l'intervalle, la douleur est assourdie, irradiée aux lombes, à la région sacrée, aux jambes.

Les règles ont le même caractère. Dans l'intervalle quelques pertes blanches.

Nombreux faux besoins d'uriner. La malade se lève trois à quatre fois la nuit. Peu d'urine à la fois.

Examen. — Palpation douloureuse dans les deux fosses iliaques, surtout à gauche. On sent des deux côtés une masse arrondie, douloureuse, mobilisable, plus grosse à gauche.

Le col regarde en arrière. L'utérus est plus gros que normalement, il est mobile et en rétro-flexion peu marquée.

Les culs-de-sac latéraux sont douloureux, mais l'examen est très difficile à faire, car la malade se défend, et la seule introduction du doigt provoque une contracture et un tremblement généralisé.

Le 9 janvier 1913, laparatomie médiane. Utérus légèrement rétrofléchi, de volume normal.

A gauche, trompe saine et mobile, ovaire de volume normal avec quelques petits kystes appendus, quelques adhérences. A droite, lésions plus discrètes, hystéropexie, suture pariétale.

Suites bonnes, petit abcès de la paroi.

Le 23 février, la malade sort en très bon état. Elle souffre beaucoup moins. Son moral est parfait.

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat.)

Rétro-version libre. — Endo-métrite cervicale avec dégénérescence ; Hystérectomie apparente.

M. P..., 32 ans, salle Paulet, n° 19. Réglée à 15 ans, régulièrement, sans douleur, quatre à cinq jours, moyennement abondantes. Pertes blanches depuis très longtemps.

Trois grossesses terminées par application de forceps (bassin rétréci).

Il y a 6 ans, à la suite du troisième accouchement, douleurs peu marquées dans la fosse iliaque gauche, exagérées pendant la marche, mais n'empêchant pas le travail.

Depuis 1 ans accentuation des douleurs, irradiations lombaires et sacrées et à la racine des cuisses, sensation de pesanteur dans le bas ventre. Elancements intermittents dans la fosse iliaque gauche, provoqués par le décubitus latéral gauche et les efforts. Migraines, dyspepsie, vomissements, constipation. Règles normales.

A l'examen, le col est en avant, derrière la symphyse. La lèvre antérieure est longue et molle; la lèvre postérieure courte paraît usée. Dans l'intérieur du col le doigt atteint un tissu dur d'endométrite avec peut-être dégénérescence. Utérus en rétro-version, mobile. Annexes droites, douloureuses dans le cul-de-sac postérieur, un peu volumineuses. A gauche, signes moins marqués.

Le 22 *février* 1913. Laparotomie médiane. L'utérus est un peu gros en rétro, les annexes sont saines des deux côtés légèrement congestionnés. Hystérectomie totale avec conservation des ovaires. Appendicectomie; l'appendice apparaît long, avec un kyste à la queue.

Sutures habituelles.

Le fragment de col examiné histologiquement montre un processus de métrite chronique surtout périglandulaire, sans aucune dégénérescence épithéliale. Vaisseaux dilatés, utérus d'apparence hémorragique, angiomateux.

Suites opératoires bonnes.

La malade sort le 22 mars en bon état.

Observation V

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat.)

Rétro-version libre.

E. F..., 29 ans, salle Paulet, n° 12. Réglée à 13 ans. Mariée à 22. Règles régulières, abondantes avec caillots, depuis six ans. Pertes blanches dans l'intervalle. Sensation de pesanteur dans le côté gauche, pendant la marche; irradiation dans les jambes. Pendant deux ans a porté un pessaire que M. Tédenat a supprimé il y a un an pour traiter la métrite. L'amélioration n'étant pas sensible, intervention.

Le 29 *mars* 1918. Laparotomie sous-ombilicale. La face antérieure de l'utérus rétro-versé est parsemée d'ilots rouges, congestionnés; l'ensemble est marbré. Le fond utérin est large. Annexes normales sauf petits kystes comme une noix sur l'ovaire droit.

Ligamentopexie. Plicature des ligaments ronds, puis fixation à la paroi antérieure. Suture en trois plans.

Suites opératoires: légère suppuration par catgut au quatorzième jour.

Le 11 mai, l'opérée sort en parfait état.

Observation VI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat.)

Rétro-version libre. — Ligamentopexie.

J. D.., 33 ans, salle Paulet, n° 13. Réglée à 14 ans, régulièrement, 7 à 8 jours, sans douleur. Etat névrosique marqué, avec crises. Trois accouchements normaux. Depuis

douze ans (après son mariage), souffre du ventre avec aggravation progressive. Règles douloureuses depuis cinq ans. Pertes blanches abondantes. Rien du côté des autres appareils.

Examen. — Ventre souple et pas douloureux; le col est dévié en avant et à gauche; orifice externe déchiré; lèvre antérieure plus développée que la postérieure; dans le cul-de-sac latéral droit et un peu en arrière, masse assez dure, douloureuse à la pression et à la mobilisation.

Le 19 *février* 1913. Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'utérus en latéro et rétroversion est gros, violacé, congestionné, sur sa face antérieure, tout petit module fibromateux. Les trompes sont normales, pas adhérentes. Les ovaires sont un peu gros.

Ligamentopexie au-devant des muscles droits. Suture de la paroi en trois plans.

L'opérée sort guérie le 22 mars.

Observation VII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat.)

Rétro-version libre. — Ovarite scléro-kystique. — Ligamentopexie.

L. J..., 32 ans, salle Paulet, n° 32. Réglée à 17 ans, régulièrement, sans douleur, 4 à 5 jours. Curettée à 23 ans pour pertes blanches et douleurs abdominales.

Depuis quinze mois se sont progressivement installées des douleurs dans le bas ventre, irradiées vers les reins, le coccyx et les jambes. Exacerbations passagères. Trois mois plus tard, apparition de métrorragies abondantes répétées au début, tous les mois, actuellement toutes les semaines. Anémie consécutive. Actuellement douleurs et métrorragies.

Examen. — Vagin très étroit. Le fond est granuleux. Le col utérin a aussi cet aspect. Il est petit, conique, avec un orifice externe punctiforme ; il est dirigé en avant. Le corps est en arrière, mobile, indolore.

Le 21 *février* 1913. Laparotomie médiane. L'utérus en rétroversion est mobile, gros, rouge, très congestionné. Les trompes, rouges, sont normales. Les ovaires sont un peu scléreux.

Ligamentopexie au travers des muscles droits. Suture pariétale.

Suites opératoires. — Légère suppuration de la paroi.

Le 11 avril, cicatrisation terminée. La malade continue à se plaindre de douleurs abdominales.

Observation VIII

(Recueillie par M. Sinnesael, interne à la maison de santé de M. le professeur Tédenat.)

Rétro-version libre. — Ligamentopexie

M.-I. V..., 41 ans. Réglée à 12 ans, régulièrement, 3 à 4 jours, sans douleur. Tempérament nerveux. En juin 1911, la malade, enceinte de 6 mois, a fait une chute qui a provoqué des douleurs jusqu'en juillet, et entraîné un accouchement prématuré à 7 mois. Depuis, elle souffre des reins et se fatigue rapidement à la marche.

En 1913, un accouchement normal.

En *septembre* 1918, nouvelle sensation de pesanteur dans le bas-ventre et sur le périnée. Soulagée pendant quelques semaines par les injections chaudes et des pansements utérins. Puis aggravation, au point, qu'actuellement (janvier 1920), la malade éprouve des irradiations pénibles dans les fesses et aux plis de l'aine. Il lui est dif-

ficile de se coucher, ou de rester longtemps assise. Le décubitus horizontal ne la calme pas.

Perte de l'appétit.

Examen. — Col appliqué contre la symphyse. Corps utérin occupant le Douglas, douloureux à la mobilisation. Culs-de-sac latéraux souples.

Le 26 *janvier* 1920. Laparotomie médiane. L'utérus est gros, congestionné, en rétroversion, présentant des marbrures qui sont l'empreinte des anses intestinales. Congestion des ovaires, Trompes saines.

Ligamentopexie par le procédé de Gilliam.

Suites opératoires parfaites.

La malade ne souffre plus et sort bien guérie le 15 février.

Observation IX

(Recueillie par M. Sinnesael

Rétro-version réductible et mobile. Ligamentopexie

Mlle D. C..., 31 ans. Réglée à 13 ans. Les règles ont toujours été un peu douloureuses; mais depuis un an elles obligent la malade au repos au lit. Elles durent huit à dix jours, sont très abondantes et entraînent un état marqué d'anémie. En dehors des menstrues, sensation de faiblesse dans les reins, pesanteur dans le bas ventre, exagérée dans la station debout. Parfois, irradiation entre les épaules Migraines; peu d'appétit; dyspepsie; vomissements faciles; constipation.

Examen. — Rétroversion utérine.

Le 16 *mars* 1918. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ptose intestinale très prononcée. L'utérus est en forte rétro-version libre, gros, congestionné.

Ligamentopexie au travers des muscles droits. Réfection de la paroi.

Suites opératoires parfaites. Les règles apparaissent le 25, durent quatre jours et se passent avec peu de douleurs.

Sort le 10 avril en très bon état.

Observation X

(Recueillie par M. Cathala, interne des hôpitaux)

Rétro-version libre. Ligamentopexie

M. M..., 22 ans, salle Paulet, n° 6. Réglée à 17 ans. Règles peu abondantes, 2 jours, irrégulières, douloureuses. Migraines fréquentes. Froid aux pieds. Petites artères, petit pouls. Mariée depuis deux ans. Pas de grossesse.

Il y a un an, dysurie, pollakyurie, douleur au début et à la fin de la miction. Ces troubles urinaires ont duré deux à trois mois. En même temps, sensation de pesanteur, de torsion parfois, dans le petit bassin, surtout à gauche ; irradiation dans les lombes, le sacrum, entre les épaules. Ces douleurs sont exagérées, au commencement des règles, par la marche. Le décubitus horizontal ne les calme pas. La nuit, la malade souffre souvent au point d'en perdre le sommeil. Les autres appareils fonctionnent bien.

Examen. — Femme de taille moyenne, bien constituée, un peu pâle. Abdomen : paroi solide permettant difficilement une exploration viscérale. Douleur à la pression de la région iliaque gauche et vers l'angle colo-splénique. Toucher : col conique, très petit orifice externe, dirigé en avant.

Utérus en rétroversion libre, douloureux à la mobilisation. Rien dans les culs-de-sac latéraux.

Le 26 *décembre* 1919. Laparotomie médiane. L'utérus est plaqué contre le plancher pelvien. Il est en rétro-version

complète sans flexion. On constate sa faible dimension longitudinale et plus encore transversale. On remarque aussi la grâcilité des ligaments ronds et des trompes, dont les franges sont saines et libres. L'ovaire droit est gros. Les deux ovaires sont blancs, lisses, sans traces de cicatrices. Aucune adhérence.

Fixation de l'utérus par le procédé de Gilliam.

Suites opératoires. — Au quatorzième jour apparaît une petite fistule pariétale qui nécessite des pansements.

Le 5 février, la malade sort bien guérie. Elle ne souffre plus et se sent très légère. L'utérus est bien fixé en anse.

Observation XI

(Recueillie par M. Sinnesael

Rétro-version libre. Hystéropexie

Mme K..., 42 ans. Réglée à 13 ans. Règles régulières, 4 à 5 jours; douloureuses nécessitant le repos au lit. Pertes blanches depuis 18 ans; 1 accouchement normal.

Depuis 2 ans, douleurs lombaires, pesanteurs dans le bas ventre; névralgies sciatiques; douleurs et difficultés de la marche; migraines fréquentes; vertiges; insomnie. Etat très nerveux. Urine souvent et peu à la fois. Appétit capricieux; dyspepsie.

Depuis 2 à 3 mois, métrorragie tous les 15 jours. Malaise abdominal aggravé par la station debout et la marche.

Au toucher, le col est situé contre la paroi antérieure du vagin derrière la symphyse. Le corps est dans le Douglas, douloureux à la mobilisation.

Le 16 février 1918, laparotomie médiane sous ombilicale. L'utérus est enclavé dans le Douglas; sa réduction exige un effort. Il est gros, mou, violacé. Hystéropexie propre-

ment dite; deux fils traversant la face antérieure de l'utérus, et noués au devant de la paroi abdominale. Restauration de la paroi. Suites normales.

L'opérée ne souffre plus, se sent très bien.

Observation XII

(Recueillie par M. Cathala, interne des hôpitaux)

Rétro-version. Ovarite scléro-kystique. Ligamentopexie. Ovariotomie droite

G..., 32 ans. Salle Paulet, n° 11. Réglée à 15 ans. Règles irrégulières, 4 à 5 jours, peu abondantes, sans caillots, douloureuses. Six accouchements normaux. Lever précoce.

Depuis 4 mois se plaint de douleurs dans le bas ventre, les reins, le sacrum, exagérées par la marche et la station debout, avant et pendant les règles. En même temps pertes blanches, peu abondantes, glaireuses. Dysurie au début, qui a duré un mois. Constipation habituelle. Bon appétit, mais digestion lente, quelques nausées.

Examen. — Col grenu, en avant et à droite; orifice externe très déchiré; utérus en arrière et à gauche; le cul-de-sac latéral gauche, étroit est douloureux à la pression. On y sent une masse qui s'étend en arrière.

Le 28 *octobre* 1919. Laparotomie médiane. L'utérus est pâle, en rétro-version, peu gros. Les annexes droites sont scléro-kystiques, un des kystes a le volume d'une cerise; nombreux microkystes sur le pavillon de la trompe. A gauche annexes saines. Ligamentopexie (Doléris). Annexectomie droite. Suites opératoires simples.

L'opérée sort le 19 novembre, bien guérie.

Observation XIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Rétro-version libre. Hystéropexie. Appendicectomie

A. G..., 33 ans. A eu trois accouchements en 5 ans. Au dernier, il y a 3 ans, infection puerpérale qui a duré un mois. Depuis pertes blanches abondantes. Il y a 18 mois, des douleurs lombaires et dans le bas ventre se sont installées progressivement. Règles régulières et normales comme quantité. Appétit diminué. Bon état général.

Examen. — Douleur à la palpation des deux fosses iliaques et du bas ventre. Le col est en avant; l'utérus, gros, occupe le Douglas. Culs-de-sac latéraux libres.

Le 23 *juin* 1913. Laparotomie médiane. L'utérus est en rétro-version, gros. L'appendice examiné est libre mais paraît congestionné. Les trompes et ovaires sont normaux.

Appendicectomie. Hystéropexie abdominale.

Suites opératoires normales. La malade sort bien guérie.

Observation XIV

(Recueillie par M. Cathala, interne des hôpitaux)

Rétro-version libre. Légère torsion appendiculaire. Ligamentopexie Appendicectomie

J. O..., 25 ans, salle Paulet, n° 31. Réglée à 15 ans, irrégulièrement, durant 5 jours, règles peu abondantes, parfois douloureuses. Mariée depuis 15 mois, pas de grossesse. Sujette aux migraines, sensible a froid. Petites artères. Début: il y a dix mois, après une grippe à forme respiratoire, a commencé à se plaindre de la région épigastrique avec

irradiations dans le dos. Sensation de transfixion très pénible. Nausées sans vomissements. Toutes ces manifestations étaient indépendantes des repas. Amélioration progressive, grâce à un régime. Il y a 4 mois réapparition des douleurs, mais cette fois dans la fosse iliaque droite avec sensation de tiraillements; pas de crise nette. Influencées par les règles et les jours qui précèdent. La malade accuse aussi une sensation de pesanteur dans le bas ventre, des irradiations dans les reins, la région sacrée et la face interne des cuisses. Faux besoins ano-rectaux. Appétit conservé, digestions lentes, selles régulières avec quelques glaires.

Examen. — Femme d'un excellent état général; bien constituée. Abdomen souple, sauf dans la fosse iliaque droite, où l'on note une certaine résistance. Mac Burney douloureux. Au toucher, col en avant et à gauche, un peu gros, lisse. Utérus en rétro-version, mobile, un peu douloureux. La pression du cul-de-sac latéral droit est sensible. Les annexes sont de volume normal.

En somme: appendicite et rétro-version utérine.

Le 27 *octobre* 1919. Laparotomie médiane. L'utérus est gros, en rétro libre; les annexes sont saines. Ligamentopexie (Doléris). Légère ptose intestinale. L'appendice présente à son insertion une demi-torsion. Appendicectomie.

Suites opératoires normales. La malade sort en parfait état le 14 novembre.

Observation XV

(Recueillie par M. Cathala, interne des hôpitaux)

Rétro-flexion. Ligamentopexie. Appendicectomie

F. D..., 29 ans, salle Paulet, n° 13. Réglée à 17 ans, très irrégulièrement, avec retards de 8, 15 jours, un mois; du-

rée 2 jours; peu abondantes, douloureuses, un accouchement normal. Tempérament nerveux. Migraines, sensible au froid.

Il y a 6 mois, douleur brusque dans la fosse iliaque droite avec pertes blanches abondantes. La malade n'a pas été obligée de s'aliter, pas de fièvre, pas de vomissements, pas de troubles urinaires. Depuis, par intermittence, les douleurs reparaissent avec un caractère d'acuité plus marqué, exagérées par la marche; mais pas définitivement calmées par le décubitus horizontal. Constipation habituelle. N'est pas réglée depuis trois mois.

Evamen. — Périnée résistant. Vagin long. Col gros, dirigé dans l'axe du vagin; orifice externe déchiré. Corps en légère rétro-flexion. Mobilité diminuée et douloureuse. Culs-de-sac latéraux sensibles. Pas de masse annexielle. A l'abdomen, pas de contracture de la fosse iliaque droite, légère sensibilité de la région appendiculaire.

Diagnostic. — Métrite avec rétro-flexion. Des pansements utérins, le Presnitz n'ont aucune influence sur l'élément douleur.

Le 14 *janvier* 1920. Laparotomie médiane. L'utérus est gros, mou, congestionné, gardant l'empreinte de la pression intestinale. Les annexes sont saines. L'appendice est libre, non congestif. Ligamentopexie (Doléris). Appendicectomie.

Suites opératoires: au sixième jour, l'opérée fait une broncho-pneumonie. Au quinzième elle fait une phlébite gauche. La plaie abdominale s'est réunie par première intention.

Le 15 février, la phlébite est sensiblement améliorée. Les crises abdominales ne se sont plus reproduites depuis l'intervention.

Observation XVI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Rétro-verso-flexion avec adhérences

G. M..., 29 ans, au Cornus (Aveyron), entre dans le service de M. Tédenat, salle Paulet, n° 22, le 1er avril 1917.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé.

Antécédents personnels et histoire de la maladie. — Maladie de cœur à 9 ans. Palpitations. Réglée à 12 ans, les règles ont toujours été douloureuses. Un accouchement normal il y a 8 ans, trois jours après, *phlegmatia alba dolens.*

Pas de fausse couche, quelques pertes blanches, règles toujours douloureuses avec irradiation lombaire et le long des cuisses. La malade se fatigue vite et souffre souvent du ventre. Depuis sept à huit ans, perte d'appétit et constipation. Alimentation lacto-végétarienne; injections chaudes.

Examen. — Culs-de-sac souples et indolores, col normal, utérus non augmenté de volume en rétro-version, et, de plus, difficilement mobilisable, le palper bimanuel, pour le mobiliser, est douloureux.

Intervention. — Le 7 avril, anesthésie à l'éther goutte à goutte, incision classique, quand on amène l'utérus on constate des adhérences avec le fond du Douglas. L'utérus est plutôt gros, congestionné, en rétro-version. On fixe les ligaments aux sutures de la paroi; les annexes ne présentent pas de lésions, on fait un second plan de suture et on ferme aux crins de Florence.

Suites opératoires. — Le huitième jour, enlèvement des fils et premier pansement, réunion *per priman.*

La malade n'a pas été revue, on lui avait dit de revenir au cas où elle ressentirait le moindre malaise (du 9 février 1918).

Observation XVII

(Recueillie par M. Cathala, interne des hôpitaux)

Rétro-flexion adhérente

B. L..., 27 ans, entre le 2 décembre dans le service de M. le professeur Tédenat, salle Paulet, n° 18.

Antécédents héréditaires. — Père mort de fluxion de poitrine, mère morte de la même maladie.

Antécédents personnels. — Pas de maladie d'enfance, réglée à 15 ans, durée trois jours, au bout de trois mois, interruption, reprise à 16 ans, pas de pertes intercalaires. A 20 ans, enfant venu à terme, mort à 14 mois, infection à la suite de couche, pertes très abondantes, curettage à 23 ans ; à 25 ans, enfant venu à terme mais forceps et mort. Pas de pertes consécutives mais douleurs très vives au moment des règles et constipation très forte.

Histoire de la maladie. — Depuis le mois de septembre a des hémorragies, et éprouve de vives douleurs.

Examen. — Le col est dirigé en arrière, largement entr'ouvert. On y sent une légère induration. Dans le cul-de-sac latéral droit, par le toucher bimanuel, on perçoit un ovaire légèrement augmenté de volume, le cul-de-sac latéral gauche est souple, l'utérus est mobilisable mais les mouvements qu'on lui imprime provoquent de la douleur. Le palper bimanuel de la masse utérine révèle une augmentation de volume

Intervention. — Le 12 décembre, incision ombilico-pubienne, et l'utérus est en rétro-flexion, légèrement adhérent, les annexes sont en bon état. On incise un kyste de la région tubaire droite. Ce kyste est gros comme un petite cerise, on conserve les annexes qui paraissent être en bon état. On fixe à la paroi par les deux ligaments ronds. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires. — Le 14, lavement; le 15, purge et selle abondante; le 20, premier pansement, cicatrisation par première intention; quatre jours après, un des points semble tendu, on l'ouvre à la sonde et il s'écoule environ 60 grammes de pus bien lié et accompagné de fragments de catgut, lavage de la plaie à l'alcool et à la teinture d'iode dédoublée, pansement à l'alcool à 57°.

Le 27, la plaie est en excellent état et complètement cicatrisée.

Le 5 janvier la malade sort guérie avec un traitement contre l'anémie: fer et quinquina.

Le 7 février, la malade a eu, au courant du mois, des règles normales et son état d'anémie est de beaucoup amélioré.

Observation XVIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Rétro-flexion adhérente avec annexite. Hystérectomie

M. V..., 31 ans, entre salle Paulet, n° 32. Réglée à 11 ans, deux grossesses à 18 et 21 ans. Se plaint de douleurs dans le bas ventre, avec sensation de pesanteur à l'anus et irradiations à la cuisse gauche.

Début. — Il y a 5 ans; apres une fausse couche à deux mois, suivie d'infection légère, a eu des pertes blanches

avec douleurs. Les règles étaient irrégulières, duraient 8 à 10 jours, abondantes, avec caillots, douloureuses avant et pendant. Depuis 5 mois, aggravation sensible, métrorragies abondantes, tiraillements pénibles, plus marqués à gauche, dans la fosse iliaque, irradiés à l'anus et aux cuisses. Etat général assez bon, pas de troubles digestifs.

Examen. — Col dans l'axe du vagin; lèvre antérieure œdématisée. Utérus en rétro-flexion mobile, mais douloureux. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent les annexes en position antérieure, douloureuses à la pression, augmentées de volume. En somme: métro-annexite et rétro-flexion.

Des pansements utérins, des injections chaudes, le Priesnitz n'apportent aucune amélioration au bout de un mois et demi. La malade se faisait soigner depuis plus de 4 mois auparavant. On décide alors l'hystérectomie.

Le 27 *septembre* 1919. Laparotomie médiane. L'utérus rétro-fléchi est gros, congestionné, fixé par de souples adhérences à la face postérieure de la vessie et aux franges épiploïques de sa face iliaque. A droite, les annexes sont congestionnées. L'ovaire est microkystique, adhérent à la trompe. A gauche, les annexes sont tordues autour de leur pédicule utérin. L'ovaire antérieur adhère à la race antérieure de l'utérus et porte un kyste gros comme une noisette. Hystérectomie subtotale. Evidemment du moignon cervical.

Suites opératoires très simples. Le 22 octobre, l'opérée sort en parfait état.

CONCLUSIONS

I. — La rétro-déviation utérine, rarement congénitale, peut-être :

a) Primitive chez des prédisposées (type Tédenat, type Tuffier, type Richelot).

b) Secondaire à une infection plus ou moins marquée des organes génitaux.

II. — Elle se divise en rétro-version, rétro-flexion, rétro-verso-flexion. Le type infantile réalise la rétro-version mobile et réductible. Chez les infectées, on a plus souvent la rétro-déviation irréductible et immobile, ou la rétro-flexion irréductible et mobile.

III. — Même dans les rétro-versions réductibles et mobiles, les douleurs sont parfois telles que la malade est obligée de garder le repos, allongée. Le syndrome utérin est réalisé avec prédominance des troubles subjectifs.

IV. — L'intervention chirurgicale est la seule thérapeutique à conseiller dans les rétro-déviations fixées.

Dans les rétro-déviations libres elle sera conseillée après échec du pessaire et de la médication décongestive.

Le procédé de choix est la ligamentopexie (variétés Tédenat, Doléris, Gilliam).

V. — Les résultats chirurgicaux sont très encourageants. Ils suppriment la douleur dans 80 p. 100 des cas, et l'atténuent sensiblement dans 15 p. 100. La ligamentopexie n'entrave nullement l'évolution des grossesses ultérieures. Elle favorise souvent la conception.

BIBLIOGRAPHIE

Baldy. — Opération pour rétro-version utérine. *The journal of the Amer. Méd. Association,* 1911.

Barse. — Les opérations correctives des rétro-déviations de l'utérus et leurs résultats. *Thèse Montpellier,* 1905.

Bonamy. — Trait. des rétro. mobiles de l'utérus. *Soc. des chirur.,* Paris, 1911.

Bouilly. — Path. ext., t. IV.

Boursier. — *Précis de gynécologie.*

Cambacédès. — *Thèse de Montpellier,* 1910.

Cazin. — Trait. des rétro-déviations mobiles. *Soc. des chir.,* Paris, 1911.

Congrès de gynécologie de Bordeaux, 1895. Communication : Tédenat, Doléris, Bouilly, Laroyenne.

Dalché. — Les métrorragies virginales consécutives à la rétro-déviation de l'utérus. *La Clinique,* 1908.

Dartigues. — Ligamentopexie rétro-utérine, *Paris Méd.,* 1910.

Bovis (De). — Rétro-déviations de jeunes filles et rétro-déviations de jeunes femmes. *Semaine méd.,* 1908.

Doléris. — Raccourcissement des ligaments ronds. *Soc. obst. et gyn.,* Paris, 1889.

Doléris. — De l'hystéropexie physiologique et ligamentaire. *La Gynécologie,* 1904.

Ewald. — Sur les résultats éloignés de nos opérations pour rétro-flexion. *Wiener medizinische Wochenschrift,* 1913.

Faure (J.-L.). — *Traité de gynécologie.*

Forgue et Massabuau. — Gynécologie. *Thèse de chirurgie,* 1916.

Goldberg. — Nouvelle méthode de redressement de l'utérus rétrofléchi. *Akoucherka,* 1913.

Gouin. — Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical. *Thèse Paris,* 1904.

Ivens. — Raccourcissement des ligaments ronds par la méthode de Gilliam. *Journ. chirurgie,* 1912.

Joly. — De la curabilité des rétro-versions par pessaires. *Thèse Lyon,* 1911.

Landron. — Sur le traitement des rétro-déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds; procédé de Wylie. *Thèse de Paris,* 1900.

Laurent. — Utilité d'une traitement médical et les rétro-déviations. *Thèse Paris,* 1912.

Le Dentu. — Rétro-version utérine. *Presse méd.,* 1906.

Macfarlane. — Trait. des rétro par méthode de Gilliam. *Journ. chir.,* 1912.

Meriel. — Sur deux cas d'hystéropexie ligamentaire pratiquée au début de la grossesse. *Réunion d'obs. et de gyn. de Toulouse,* 1912.

Neel. — Rétro-déviation. *Surg. gynéc. and obstetrics,* 1916

Ozenne. — Des rétro-déviations mobiles de l'utérus et de leur traitement. *Soc. des chir. Paris,* 1910.

Péraire. — Traitement des rétro-déviations de l'utérus. *Soc. des chir., Paris,* 1910.

PICQUÉ. — Traitement des déviations utérines. *Ac. de méd. Paris*, 1911.

PLATON. — Le traitement des rétro-déviations de l'utérus. *La Clinique*, 1910.

POZZI. — Traité de gynécologie.

PY. — *Thèse de Montpellier*, 1909.

REBLAUD. — Les rétro-déviations mobiles et leur traitement. *Soc. chir., Paris*, 1910.

REYNAUD. — Les pseudo-gastrites dans les rétro-versions adhérentes. *Thèse Lyon*, 1910.

RICHELOT. — Traitement des rétro-déviations utérines. *La Gynécologie*, 1906.

SERVETTAZ. — *Thèse de Montpellier*, 1906.

SIRESI. — Procédé de Baldy Webster. *New-York Méd. j.* 1911.

TÉDENAT. — Congrès de Bordeaux, 1895.

TUFFIER. — Rétro-flexion utérine. *Journ. des praticiens*, 1911.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 21 février 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 20 février 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !